



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Skuteczność psychoterapii Gestalt w zakresie regulacji emocji u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi/lękowymi

Author: Maciej Janowski, Monika Biedrycka

Citation style: Janowski Maciej, Biedrycka Monika. (2014). Skuteczność psychoterapii Gestalt w zakresie regulacji emocji u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi/lękowymi. "Psychoterapia" (2014, nr 4, s. 63-75).



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

PSYCHOTERAPIA 4 (171) 2014

strony: 63-75

Maciej Janowski¹, Monika Biedrycka²

SKUTECZNOŚĆ PSYCHOTERAPII GESTALT W ZAKRESIE REGULACJI EMOCJI U PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI NERWICOWYMI/LĘKOWYMI

THE EFFECTIVENESS OF GESTALT THERAPY IN THE AREA OF EMOTION REGULATION CONDUCTED IN PATIENTS WITH NEUROTIC/ANXIETY DISORDERS

¹Uniwersytet Śląski w Katowicach

Kierownik zakładu: dr hab. Zbigniew Spendel

²Szpital Psychiatryczny w Toszku

Dyrektor: dr n. med. Anna Rusek

evaluation
of psychotherapy
Gestalt
neurotic disorder

Autorzy prezentują badania, których celem była ocena wpływu terapii grupowej w podejściu Gestalt na strategię regulacji emocji, stosowane przez pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych. Artykuł wprowadza czytelnika w problematykę regulacji emocji, opisuje optymalne i zakłócone strategie reagowania oraz metody terapii Gestalt, związane z wprowadzaniem zmian w tym zakresie, jak również wyniki badań, wskazujące na zakres skuteczności tego rodzaju oddziaływań.

Summary

Objectives: The aim of the paper is to evaluate effectiveness of Gestalt therapy in the area of emotion regulation. Affective processes and regulation of emotion play an important part in the aetiology and clinical description of neurotic/anxiety disorder. When people who suffer this type of disorder face a negative experience they often use disadvantageous strategies, such as compulsive activities or avoidance. One of the meaningful aims of Gestalt therapy is to change that negative patterns of reaction, therefore the evaluation of its effects reinforces critical thinking about the therapy effectiveness.

Method: 21 participants of Gestalt therapy groups were subjects of the research. The control group contained the same amount of people. Three questionnaires were used to assess strategies of emotion regulation: the Courtauld Emotional Control Scale (CECS) by Watson and Greer, the Anger Expression Scale (SEG) by Ogińska-Bulik and Juczyński and the Questionnaire of Emotion Regulation Adequacy (KARE) by Janowski in which the subjects had to indicate strategies that they would probably use in emotional situations and those that they assessed as being the most profitable. Questionnaire answers were collected on the beginning of Gestalt therapy and three months later.

Results: The results have shown some expected changes within the declared reactions, but the significant modification of most optimal answers has not been noticed.

Conclusions: Short-lasting positive effects of Gestalt therapy in the field of emotion regulation were confirmed.

Wstęp

W etiologii i obrazie klinicznym zaburzeń nerwicowych emocje i procesy ich regulacji odgrywają niezwykle istotną rolę [1–3]. Główne zakłócenia związane są z emocjami

negatywnymi, przede wszystkim ze złością, lękiem oraz smutkiem [4–9]. Osoby z zaburzeniami lękowymi często starają się unikać negatywnych odczuć poprzez różne strategie ucieczkowe, stosowanie dystraktorów lub działania kompulsywne [1, 5, 6, 8–11], czemu przypisać można decydujące znaczenie nie tylko w powstawaniu, ale również w podtrzymywaniu tego typu zaburzeń. Niektóre badania wskazują na powiązania nasilenia smutku i lęku z uleganiem emocjom w myśleniu lub działaniu [12, 13].

Optymalne formy regulacji emocji

O tym, czy dana forma regulacji emocji jest korzystna, można orzekać tylko w kontekście przyjętego punktu odniesienia. Najprostszym kryterium skuteczności wydaje się pojawienie pozytywnych odczuć lub wygaszenie doznań negatywnych. Należy jednak pamiętać, że rozwiązania, które dają bezpośrednią emocjonalną ulgę, mogą w dłuższej perspektywie prowadzić do pogorszenia sytuacji podmiotu. Ważne zatem staje się odniesienie do kryterium w postaci zdrowia psychicznego. Regulacja emocji jest właściwa, jeżeli pozwala na uniknięcie zaburzeń psychosomatycznych lub psychicznych, albo zwiększa potencjał psychofizyczny osoby. Zdarzają się jednak sytuacje, w których ktoś naraża swoje zdrowie, aby zrealizować określone cele. Z jego perspektywy najlepszymi formami regulacji odczuć są te, które umożliwiają osiągnięcie celów, jakimi mogą być dobre relacje społeczne, zdanie egzaminu, utrzymanie pozytywnego obrazu siebie i temu podobne. Ponieważ cele, do których dąży podmiot, oraz jego obecny stan emocjonalny są widoczne w krótkiej perspektywie, mogą stanowić dla niego ważniejszy punkt odniesienia niż dalekosiężne konsekwencje zdrowotne. Funkcjonowanie w społeczeństwie wymusza także uwzględnianie zasad i norm zawartych w standardach kulturowych [6, 14]. Pozwala to zrozumieć, dlaczego wykorzystywanie szkodliwych dla zdrowia psychicznego strategii jest tak powszechne. Oczywiście należy także pamiętać o innych uwarunkowaniach tego stanu rzeczy, na przykład nawykach emocjonalnych, kształtowanych na drodze naśladowania [15] lub powstających poprzez warunkowanie w procesie wychowania.

Badania z zakresu radzenia sobie ze stresem prowadzą do konkluzji, że najkorzystniejszą formą reakcji w trudnej sytuacji jest często podejście zadaniowe, czyli podejmowanie różnorodnych kroków, zmierzających do usunięcia źródła napięcia [16]. Zgromadzone dane nie pozwalają jednak na stwierdzenie, że jest to jedyna pozytywna forma regulacji emocji. Wiele badań wskazuje na korzystną funkcję zmiany oceny sytuacji [12, 13, 17, 18], a w dłuższej perspektywie prozdrowotny charakter może mieć uzewnętrznianie stanów uczuciowych [19], o ile nie odbywa się w sposób aspołeczny. Negatywne skutki przynosi zazwyczaj tłumienie emocji [17, 20], nie tylko bowiem utrudnia rozwiązanie problemu, ale także nie prowadzi do obniżenia napięcia emocjonalnego [21, 22], ani nie ułatwia zapomnienia o trudnej sytuacji [23]. Jednocześnie związane jest z gorszym funkcjonowaniem poznawczym i z chorobami somatycznymi [17, 18, 24–26]. Kofta [6] wskazuje na wpływ długotrwałego tłumienia ekspresji emocji na pojawianie się w konsekwencji stanów nerwicowych, charakteryzujących się permanentną obecnością lęku bezprzedmiotowego. Niekorzystne jest również częste katastrofizowanie i ruminowanie w obliczu sytuacji trudnej [12].

Negatywne konsekwencje wykorzystywania określonych strategii są prawdopodobnie związane nie tylko z ich istotą, lecz również ze sztywnością stosowania. Jednym

z najistotniejszych czynników modulujących efektywność reakcji jest prawdopodobnie możliwość oddziaływania podmiotu na przyczynę emocji. Podejście zadaniowe jest zazwyczaj optymalne w sytuacjach pozostających pod kontrolą, natomiast jeśli podmiot nie ma możliwości usunięcia źródła negatywnych emocji, wówczas lepiej zastosować strategię pozazadaniową [27–30]. Istotą odpowiedniej regulacji emocji byłaby zatem zdolność do elastycznego dostosowania strategii do wymogów sytuacji [20, 27, 29–33].

Regulacja emocji u osób z zaburzeniami lękowymi

Przeprowadzone dotychczas badania wskazywały na deficyty w zakresie elastyczności regulacji emocji u osób z zaburzeniami lękowymi [34, 35]. Jednym z wyraźniejszych przykładów usztywnienia w tym zakresie wydaje się tendencja do regulowania emocji złości poprzez chroniczne jej tłumienie, nawet w sytuacjach, gdy adaptacyjne i funkcjonalne dla jednostki byłoby jej otwarte wyrażenie [5–7, 9, 36]. W literaturze wskazuje się również na usztywnienie w stosowaniu takich strategii, jak ruminacja, myślenie życzeniowe, wycofanie, stosowanie dystraktorów, obwinianie siebie, ucieczkowe fantazjowanie i koncentracja na emocjach [8, 37, 38].

Praca nad emocjami w psychoterapii Gestalt

Zdrowie utożsamiane jest w podejściu Gestalt przede wszystkim z posiadaniem zdolności do samoregulacji, z umiejętnością udzielania sobie samemu wsparcia, w razie potrzeby korzystania ze wsparcia społecznego. Decydującą rolę w budowaniu właściwego funkcjonowania przypisuje się procesowi elastycznego i twórczego przystosowywania się do wymagań sytuacji, przy zachowaniu autentycznego kontaktu z samym sobą — własnymi doznaniem, doświadczeniami oraz środowiskiem [39].

Choroba wiąże się z usztywnieniem reakcji, ze stosowaniem nieadaptacyjnych schematów reagowania emocjonalnego i behawioralnego, z utratą kontaktu z własnymi doświadczeniami i z otoczeniem. Unikanie kontaktu uniemożliwia jednostce realizację potrzeb i powrót do stanu równowagi [34, 39].

Jednym z ważnych elementów terapii Gestalt jest praca skoncentrowana na emocjach [40]. Zachęca się w niej między innymi do przeżywania emocji i ich ekspresji, do lepszego poznania i akceptacji odczuć [41], w celu uwolnienia się od zaprzeczania im, zniekształcania ich lub tłumienia [3]. Poprzez proces zwiększania świadomości funkcjonowania emocjonalnego, oferuje się jednostce możliwość kierowania emocjami na drodze dokonywania bardziej świadomych i odpowiedzialnych decyzji, a w dalszej konsekwencji nauczanie korzystania w trakcie codziennych decyzji i wyborów z drogowskazów, jakimi są stany emocjonalne [39, 42–44]. Ważną rolę w tym procesie często odgrywa kontaktowanie się z własną złością, uczenie się akceptowania jej i zamiana na element twórczy w życiu [43], zamiast dotychczasowego tłumienia jej. Należy jednak zaznaczyć, że Gestalt nie posługuje się określeniem tłumienie złości, lecz pojęciem retrofleksji, oznaczającym proces skierowania do wnętrza siebie energii, która w normalnych warunkach wydatkowana jest na aktywność zewnętrzną [39]. Pracy nad emocjami, zgodnie z holistycznym ujmowaniem człowieka, towarzyszy również praca z wykorzystaniem doświadczeń z poziomu ciała

oraz werbalizacji. Dopiero uwzględnienie całości funkcjonowania człowieka pozwala na wprowadzenie długotrwałych i głębokich zmian w jego życiu [41].

Do tego, by człowiek mógł w sposób adekwatny do wymogów otoczenia regulować swoje emocje, niezbędny jest odpowiedni stopień zróżnicowania posiadanych i stosowanych strategii regulacyjnych. Do tej sfery regulacji emocji podejście Gestalt przywiązuje również dużą uwagę. Wykorzystując m.in. metodę eksperymentu — kiedy to psychoterapeuta wraz z pacjentem próbuje doprowadzić do zmiany utartych schematów postrzegania, myślenia, reagowania, a także regulowania emocji — zachęca do poznania i wypróbowywania nowych form, spośród których jednostka dokonuje wyborów, znajdując się w określonych sytuacjach życiowych [34, 39, 42, 44].

Prezentacja badania i wyników

Problem badawczy i hipotezy

Celem podjętych badań jest sprawdzenie, czy działania realizowane w ramach terapii Gestalt wobec osób z zaburzeniami nerwicowymi/lękowymi prowadzą w krótkiej perspektywie do zmian w obrębie sposobów reagowania w sytuacjach związanych z negatywnymi emocjami. Terapia Gestalt dąży do zwiększenia świadomości pacjentów i rozwoju możliwości adaptacyjnych, co związane jest między innymi z przebudową wzorców reagowania emocjonalnego.

Przedmiotem badania są strategie reagowania w codziennych sytuacjach, związanych z negatywnymi emocjami. Analizowane będą reakcje, które badani określają jako charakterystyczne dla ich zachowania, ale także te, które uznają za najlepsze w danej sytuacji. Eksplorowany będzie zatem zarówno aspekt deskrypcyjny funkcjonowania, jak i normatywny.

W badaniu przyjęto, że w porównaniu z grupą kontrolną osoby z zaburzeniami lękowymi przed terapią:

- mają większą skłonność do podejmowania strategii niekorzystnych, tj. tłumienia, ulegania oraz stosowania dystraktorów,
- rzadziej wybierają strategie korzystne, tzn. skoncentrowane na rozwiązaniu problemu, korzystaniu ze wsparcia społecznego lub zmianie myślenia o zaistniałej sytuacji,
- w mniejszym stopniu dostosowują strategie regulacji emocji do możliwości kontrolowania sytuacji i dysponują mniejszą liczbą strategii,
- nie różnią się w zakresie postrzeganych najlepszych form reagowania, ale charakteryzują się większą rozbieżnością między częstością wskazań strategii uznawanych za optymalne a tymi, które stosują.

Założono również, że po trzymiesięcznym uczestnictwie w terapii Gestalt:

- wskazane różnice zostaną zniwelowane / zmniejszą się,
- w porównaniu z wynikami z początku terapii, po trzech miesiącach jej trwania uczestnicy będą częściej stosować strategie korzystne, rzadziej niekorzystne, zwiększy się różnorodność oraz adekwatność wykorzystywanych sposobów reagowania.

Osoby badane

Badaną grupę z zaburzeniami nerwicowymi tworzyło 21 osób (12 kobiet i 9 mężczyzn) ze zdiagnozowanymi różnorodnymi zespołami objawowymi, przynależnymi do grupy zaburzeń lękowych. Najmłodsza z osób badanych miała 18 lat, najstarsza 50, średnia wieku wyniosła 33,7 (odchylenie standardowe 8,61). Badani brali udział w terapii Gestalt w następujących placówkach:

- Instytucie Rozwoju Osobowości „Self” w Katowicach,
- Instytucie Integralnej Psychoterapii Gestalt w Krakowie,
- Centrum Counsellingu Gestalt w Krakowie,
- Oddziale Psychiatrii i Psychoterapii Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach-Ochojcu.

Grupa kontrolna obejmowała 21 osób nieleczonych nigdy w związku z występowaniem jakichkolwiek zaburzeń lub trudności natury psychicznej. Dobór do tej grupy miał charakter celowy, aby uzyskać zbliżony profil ze względu na płeć i wiek. W grupie kontrolnej znalazło się 12 kobiet i 9 mężczyzn w wieku 18–57 lat (średnia 35, odchylenie standardowe 10,38).

Procedura i wykorzystane narzędzia badawcze

Badania miały charakter anonimowy. Osoby z grup terapeutycznych poproszono o wpisanie daty badania oraz o nadanie sobie pseudonimu, by było można zestawiać wyniki poszczególnych badanych z pre- i posttestu. W drugim badaniu pseudonimy te zostały przypomniane, aby nie doszło do ich zmiany.

Pacjenci wypełniali kwestionariusze dwukrotnie — na początku cyklu spotkań, a następnie po trzech miesiącach. W przypadku badanych z dwóch ośrodków (łącznie 12 osób) posttest związany był z zakończeniem terapii, natomiast wśród pozostałych przeprowadzono go w trakcie cyklu terapeutycznego, trwającego 8 lub 12 miesięcy.

Do określenia skłonności do hamowania reakcji emocjonalnej wykorzystano Skalę Kontroli Emocji (CECS) autorstwa M. Watson, S. Greera w adaptacji Z. Juczyńskiego. Zawiera ona 21 stwierdzeń, składających się na trzy podskale, diagnozujące hamowanie/ekspresję w smutku, gniewie oraz lęku. Zadaniem osoby badanej jest określenie częstotliwości występowania danego sposobu wyrażania konkretnej emocji u siebie w czterostopniowej skali, od prawie nigdy do prawie zawsze. Wyniki obliczane są osobno dla każdej z podskal. Otrzymujemy dzięki temu współczynniki kontroli (stopień nasilenia tłumienia) dla każdej z trzech emocji oddzielnie. Poprzez zsumowania wyników trzech podskal uzyskujemy ponadto ogólny wskaźnik kontroli emocji, oznaczający poziom nasilenia umiejętności kontrolowania (tłumienia) emocji w ogóle. CECS przeznaczona jest do badania osób dorosłych, charakteryzuje się zadowalającą rzetelnością oraz trafnością [45].

Skłonność do hamowania gniewu badano dodatkowo za pomocą Skali Ekspresji Gniewu (SEG) Ogińskiej-Bulik oraz Juczyńskiego. Składa się ona z 20 stwierdzeń, przy czym połowa dotyczy gniewu kierowanego do wewnątrz, a połowa gniewu kierowanego na zewnątrz. Osoba badana ma ustosunkować się do każdego ze stwierdzeń w pięciostopniowej skali, zaznaczając odpowiedzi od nigdy do zawsze. Rzetelność oraz trafność są zadowalające zarówno dla podskali gniewu kierowanego na zewnątrz, jak i kierowanego do wewnątrz [45].

Ze względu na brak innych narzędzi do badania adekwatności strategii reagowania w sytuacjach emocjonalnych, w badaniu wykorzystany został Kwestionariusz Adekwatności Regulacji Emocji (KARE) autorstwa M. Janowskiego. Składa się on z dwóch części. Pierwsza zawiera dziesięć opisów sytuacji, a przy każdym z nich od 6 do 8 możliwych form reakcji. Zadaniem osoby badanej jest wybór tych odpowiedzi, które zbliżone są do jej sposobów funkcjonowania. Przy każdej sytuacji można zaznaczyć jednocześnie od 0 do 3 odpowiedzi. Wybór wielokrotny został wprowadzony ze względu na fakt, że regulacji emocji nie można rozpatrywać w kategoriach izolowanego zachowania, a raczej jako proces, w którym poszczególne strategie wzajemnie się uzupełniają, pojawiając się równocześnie albo tworząc określoną sekwencję. Łączna liczba zaznaczonych form reagowania może być traktowana jako wskaźnik zróżnicowania reakcji badanej osoby (różnorodność). Druga część kwestionariusza ma budowę analogiczną do pierwszej, z tą różnicą, że te same opisy sytuacji występują w trzeciej osobie liczby pojedynczej, a badany ma określić optymalne, jego zdaniem, formy reagowania. Zestawienie odpowiedzi z obu części pozwala na określenie poziomu zgodności zachowań z osobistymi normami (zgodność). Cztery z dziesięciu prezentowanych opisów są związane z sytuacjami o wysokim stopniu kontroli, cztery z niską kontrolą i dwie z umiarkowaną.

Odpowiedzi zbudowane zostały w ten sposób, by prezentowały jedną ze strategii:

- próbę rozwiązania problemu przez konkretne działania albo uzyskanie odpowiednich informacji (strategie zadaniowe);
- uleganie emocjom w działaniu lub myśleniu (uleganie);
- tłumienie, czyli odsuwanie od siebie problemu, udawanie, że nic się nie stało (tłumienie);
- stosowanie dystraktorów mających odwrócić uwagę od nieprzyjemnych myśli (dystraktory);
- podejmowanie kontaktów społecznych, czyli poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (strategie społeczne);
- przebudowywanie oceny sytuacji (myślenie).

Wykorzystanie KARE nie tylko daje możliwość sprawdzenia deklarowanych sposobów reagowania, ale także określenia stopnia dostosowania strategii do wymagań sytuacji (adekwatność). Dla sprawdzenia adekwatności reagowania w sytuacjach poddających się kontroli przyjęto, że w takich przypadkach najwyżej punktowane będą odpowiedzi prezentujące strategie zadaniowe, a także te, które związane są ze zmianą myślenia (przeformułowaniem), pod warunkiem, że wskazane zostały także rozwiązania zadaniowe. Analogicznie obliczyć można wskaźnik stosowania strategii emocjonalnych w sytuacjach o niskim stopniu kontroli (strategie pozazadaniowe w sytuacjach niepoddających się kontroli): najwyższa liczba punktów przyznawana jest w tym przypadku za zmianę myślenia, zachowania społeczne i stosowanie dystraktorów. Kwestionariusz służy do badania osób dorosłych. Jego właściwości psychometryczne są opracowywane, a dotychczasowe badania wśród osób zdrowych pokazują dobre dopasowanie zadań do modelu: możliwość kontrolowania sytuacji — stosowanie strategii zadaniowych.

Wyniki

W tabeli 1 przedstawione zostały statystyki opisowe wyników, uzyskanych w poszczególnych pomiarach.

Tabela 1. Statystyki opisowe uzyskanych wyników. Średnie zawarte zostały w tabeli 2

Skala	Łącznie (pretest, posttest, grupa kontrolna)				Mediana w poszczególnych pomiarach		
	media-na	mini-mum	maksi-mum	odch. stand.	pre-test	post-test	grupa kontrolna
CECS gniew	17	10	21	2,27	18	16	17
CECS smutek	16	7	27	5,00	16	14	16
CECS lęk	20	7	28	4,71	22	17	19
SEG zewn	27	10	41	6,27	27	27	26
SEG wewn	32	15	43	5,88	33	31	34
Dystraktory	0	0	4	0,93	0	0	0
Myślenie	4	0	9	2,24	4	4	3
Strategie społeczne	1	0	5	1,45	1	1	1
Tłumienie	1	0	4	1,23	1	1	1
Uleganie	3	0	9	2,22	4	3	3
Strategie zadaniowe	7	1	13	2,51	6	8	7
Różnorodność	17	10	26	4,36	16	17	17
Adekwatność	53	17	97	17,62	46	58	51
Strategie zadaniowe w sytuacjach podlegających kontroli	2	0	3	0,79	2	3	2
Strategie niezadaniowe w sytuacjach niepodlegających kontroli	2	0	4	1,05	2	3	2
Opt. dystraktory	0	0	4	0,96	0	0	0
Opt. myślenie	3	0	9	2,26	3	3	4
Opt. strategie społeczne	1	0	4	1,19	1	1	1
Opt. tłumienie	1	0	5	1,42	0	0	1
Opt. uleganie	1	0	8	1,65	1	1	1
Opt. strategie zadaniowe	8	2	13	2,43	8	8	8
Opt. adekwatne	55	27	102	15,97	53	55	57
Zgodność: strategie optymalne a podejmowane	10	1	24	4,80	9	11	10

CECS — Skala Kontroli Emocji; SEG — Skala Ekspresji Gniewu; pozostałe wyniki odnoszą się do Kwestionariusza Adekwatności Regulacji Emocji; opt. — wyniki pytań o to, które strategie wydają się osobie badanej najlepsze

Tabela 2. Istotność różnic między wynikami na początku (pre) terapii i po trzech miesiącach jej trwania (post), w zestawieniu z grupą kontrolną (kontr.). Puste miejsca w kolumnach opisujących poziom istotności różnic oznaczają brak różnic na poziomie $p < 0,1$.

Skala	Średnia			Typ testu	Poziom istotności różnic		
	pre	post	kontr		pre-kontr	post-kontr	pre-post
CECS gniew	17,29	16,33	16,52	npr			0,08
CECS smutek	16,81	15,02	16,31	npr			
CECS lęk	20,19	17,52	18,76	npr			0,02
SEG zewn	26,81	28,43	24,40	npr			
SEG wewn	31,95	29,48	32,48	npr		0,07	0,02
Dystraktory	0,33	0,48	0,67	npr			
Myślenie	3,67	4,48	3,62	npr			
Strategie społeczne	1,10	1,76	1,09	npr			0,04
Tłumienie	1,24	1,33	1,38	npr			
Uleganie	4,24	2,90	3,05	npr			0,01
Strategie zadaniowe	6,24	7,57	7,62	pr	0,06		0,05
Różnorodność	15,19	16,90	15,90	npr			0,06
Adekwatność	47,05	58,95	50,62	pr		0,03	0,01
Strategie zadaniowe w sytuacjach podlegających kontroli	2,14	2,43	2,24	npr			
Strategie niezadaniowe w sytuacjach niepodlegających kontroli	2,29	2,76	2,43	npr		0,09	0,03
Opt. dystraktory	0,33	0,52	0,76	npr			
Opt. myślenie	3,43	4,24	4,05	npr			
Opt. strategie społeczne	1,29	1,00	1,00	npr			
Opt. tłumienie	0,71	0,90	1,67	npr	0,06		
Opt. uleganie	1,52	1,52	1,67	npr			
Opt. strategie zadaniowe	8,00	8,19	8,33	pr			
Opt. adekwatne	52,33	57,52	56,57	npr			
Zgodność: strategie optymalne a podejmowane	9,00	11,76	10,71	pr			0,05

Pre-kontr. — porównania między pretestem w grupie terapeutycznej i pomiarem w grupie kontrolnej; post-kontr. — porównania między posttestem w grupie terapeutycznej i pomiarem w grupie kontrolnej; pre-post — porównania między pretestem a posttestem; npr — test nieparametryczny; pr — test parametryczny; pozostałe objaśnienia jak w tabeli 1.

Ze względu na brak normalności rozkładu, większość porównań między grupami dokonana została za pomocą statystyk nieparametrycznych: U Manna–Whitneya przy porównaniach grupy terapeutycznej z kontrolną, Wilcozona przy porównaniach wyników przed terapią i po niej. W przypadku kilku skal wykorzystano testy t dla grup niezależnych i zależnych. Wyniki zawiera tabela 2.

Uzyskane wyniki nie potwierdzają pierwszej z postawionych hipotez, zakładającej częstsze stosowanie niekorzystnych strategii regulacji emocji w grupie klinicznej przed terapią. Jedyna różnica dotyczy zachowań związanych z rozwiązywaniem problemów, wskazywanych przez pacjentów rzadziej niż w grupie kontrolnej. W zakresie norm reagowania odnotowano mniejszą niż w grupie kontrolnej aprobatę dla tłumienia emocji. Otrzymane wyniki stawiają pod znakiem zapytania tezę o specyfice ich regulacji w zaburzeniach lękowych.

Analizując strategie wskazywane przez pacjentów przed rozpoczęciem terapii i po trzech miesiącach jej trwania, zaobserwować można wyraźne zmiany — istotne zmniejszenie częstotliwości wykorzystywania strategii nieoptymalnych na rzecz zwiększenia częstości stosowania bardziej korzystnych, co potwierdza jedną z postawionych hipotez. Zmniejszyło się stosowanie tłumienia gniewu i strachu, zwiększyła skłonność do korzystania ze wsparcia społecznego i rozwiązywania problemu. Co ciekawe, zmiany te nastąpiły w obrębie deklarowanych zachowań, natomiast zarówno w preteście, jak i po trzech miesiącach terapii pacjenci wybierali te same reakcje jako najbardziej optymalne. Wyraźne różnice pojawiły się we wskaźnikach elastyczności regulacji emocji. Można wnioskować, że terapia wpłynęła na zwiększenie różnorodności strategii (na poziomie tendencji statystycznej) oraz ich adekwatności, przede wszystkim ze względu na częstsze wykorzystywanie pasywnych form reagowania w sytuacjach niekontrolowalnych. Adekwatność strategii po trzech miesiącach terapii jest nawet wyższa niż w grupie kontrolnej. Zwiększył się także poziom zgodności między strategiami stosowanymi a uznawanymi za najlepsze, co może pozytywnie wpływać na komfort psychiczny pacjentów. Można zatem przyjąć, że potwierdzona została hipoteza o zmianach w ramach terapii repertuaru stosowanych strategii, ich różnorodności i adekwatności. Trudna do rozstrzygnięcia pozostaje hipoteza o zmniejszeniu różnic między pacjentami a grupą kontrolną, ponieważ nie odnotowano rozbieżności między nimi przed terapią. Wyjątek stanowi skłonność do stosowania strategii zadaniowych, których deficyty stwierdzono przed terapią, a w stosunku do grupy kontrolnej jej poziom wyraźnie się podwyższył po trzymiesięcznym cyklu spotkań.

Interpretacja wyników

Na tle literatury przedmiotu zaskakujące są wyniki wskazujące na brak różnic w stosowanych sposobach reagowania między osobami zdrowymi a pacjentami z zaburzeniami lękowymi. Nie potwierdziły się doniesienia o częstszym tłumieniu, hamowaniu emocji, stosowanymi przez pacjentów [5, 6, 9, 36]. Co więcej, osoby z zaburzeniami lękowymi rzadziej wskazywały tłumienie jako reakcję najlepszą. Być może bardziej symptomatyczne jest stosowanie strategii poznawczych, takich jak katastrofizowanie, obwinianie się i ruminowanie, które w opisywanym badaniu nie były kontrolowane. Okazało się jednak, zgodnie z przewidywaniami, że z zaburzeniami lękowymi wiąże się rzadsze podejmowanie

działań, zmierzających do usunięcia pierwotnego problemu. Można zatem przypuszczać, że trudności emocjonalne pacjentów idą w parze z deficytami w zakresie konstruktywnych działań, być może przy jednoczesnej koncentracji na negatywnych aspektach sytuacji.

Przeprowadzone analizy dają podstawy, by twierdzić, że jednym z efektów terapii jest zmiana sposobów reagowania w sytuacjach związanych z emocjami negatywnymi. Podejście Gestalt promuje wchodzenie w kontakt z emocjami, potrzebami i z otoczeniem, a także wykorzystywanie informacji, jakie niosą odczucia. U pacjentów wzrosła skłonność do stosowania strategii, które w psychologii opisywane są jako adaptacyjne w większości sytuacji. Efektywne okazało się kształtowanie umiejętności korzystania ze wsparcia społecznego oraz promowanie aktywnego rozwiązywania problemów. Po trzech miesiącach terapii pacjenci rzadziej reagują niekontrolowaną ekspresją w postaci krzyku lub płaczu. Nie oznacza to jednak tłumienia emocji ani kierowania złości na siebie. Prawdopodobnie w trakcie terapii nauczyli się wyrażać emocje w sposób adekwatny do sytuacji. Jak się wydaje odnotowane zmiany dotyczą w większym stopniu zachowania niż norm. W efekcie zwiększyła się także zgodność między strategiami stosowanymi a uznawanymi za najlepsze w danej sytuacji. Taki rezultat potwierdza słuszność założeń terapii Gestalt, zmierzającej do rozwoju świadomego istnienia, do reagowania nie automatycznie, lecz w zgodzie z własnymi doznaniem, doświadczeniami oraz z uwzględnieniem kontekstu sytuacyjnego [39].

W wyniku terapii zwiększyła się różnorodność stosowanych strategii i ich adekwatność. Co ciekawe, pacjenci w drugiej turze badań udzielili bardziej adekwatnych odpowiedzi niż grupa kontrolna. Wynik taki można tłumaczyć efektem powtórnego pomiaru, ale przy trzymiesięcznym odstepie wydaje się to mało prawdopodobne. Zasadny wydaje się wniosek, że proces terapii Gestalt ukształtował zdolność adekwatnej regulacji emocji na wyższym poziomie niż prezentowany przez ogół społeczeństwa. Stanowi to dobry prognostyk na przyszłość. W trakcie interwencji terapeutycznej pozytywne wzorce funkcjonowania są na bieżąco podtrzymywane, ale po jej skończeniu może nasilać się skłonność do powrotu do wcześniejszych form reagowania. Swego rodzaju „przetrenowanie” w stosowaniu adekwatnych strategii zwiększa szansę na utrzymanie pozytywnego efektu.

Podsumowanie i wnioski

Prezentowane badanie potwierdza krótkotrwałą skuteczność terapii Gestalt w zakresie zmiany sposobów reagowania w sytuacjach związanych z emocjami negatywnymi u osób z zaburzeniami lękowymi. Osiągnięte zostały podstawowe cele wspierania pacjentów, związane z rozwojem zdolności do aktywnego rozwiązywania problemów, korzystania ze wsparcia społecznego, wykorzystywania różnorodnych form radzenia sobie i dostosowywania ich do uwarunkowań sytuacyjnych. Należy jednak pamiętać o ograniczeniach procesu badawczego. Przede wszystkim trzeba uwzględnić, iż uzyskane różnice między pre- a posttestem mogą wynikać z tendencji do mimowolnego dostosowywania odpowiedzi do spostrzeganych oczekiwań badacza i nastawienia osób badanych na podtrzymanie pozytywnego obrazu siebie [46].

W preteście generalnie nie zaobserwowano różnic między funkcjonowaniem pacjentów i osób zdrowych. Wprawdzie celem badania nie była diagnoza różnicowa, ale rezultaty uzyskane na tym etapie każą traktować otrzymane dane z dużą ostrożnością. Zaobser-

wowany stan rzeczy trudno wytłumaczyć, ponieważ na podstawie literatury należałoby się spodziewać odmienności reagowania na sytuacje trudne. Być może w przypadku skal samooceny przyczyna leży w małej liczebności grup, natomiast w odniesieniu do KARE związana jest z zastosowaniem narzędzia badawczego, w którym narzucono określone sytuacje do analizy i ograniczoną liczbę reakcji. Prezentowane wydarzenia mogą nie być zgodne z sytuacjami krytycznymi u osób z zaburzeniami lękowymi, a ponadto pozostają na poziomie hipotetycznym. Nie można też wykluczyć, że w grupie kontrolnej znalazły się osoby z nieklinicznymi formami zaburzeń emocjonalnych. Przyglądając się ograniczeniom procesu badawczego, należy także pamiętać o nieprecyzyjności doboru osób do grupy klinicznej. Jako kryterium przyjęto uczestnictwo w terapii grupowej, bez stosowania klinicznych narzędzi diagnostycznych, nie można więc wykluczyć współwystępowania z zaburzeniami nerwicowymi innych jednostek klinicznych, np. zaburzeń osobowości. Ostatnie poważne zastrzeżenie związane jest z czasem realizacji badań ewaluacyjnych. Efekty terapii prawdopodobnie słabną z upływem czasu. Nie wiadomo zatem, czy odnotowany wzrost poziomu umiejętności regulacji emocji ma charakter trwały.

Piśmiennictwo

1. Łosiak W. Psychologia emocji. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2007.
2. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Beh. Res. Ther.* 2004; 43: 1–30.
3. Oatley O, Jenkins JM. Zrozumieć emocje. Warszawa: PWN; 2003.
4. Aleksandrowicz J. Nerwice — psychopatologia i psychoterapia. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1998.
5. Kępiński A. Psychopatologia nerwic. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1973.
6. Kofta M. Samokontrola a emocje. Warszawa: PWN; 1979.
7. Kubacka-Jasiecka D. Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
8. Rachman S. Zaburzenia lękowe. Gdańsk: GWP; 2005.
9. Ranschburg J. Lęk, gniew, agresja. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1993.
10. Hembree EA, Foa EB. Wspieranie zmiany poznawczej w zaburzeniu stresowym pourazowym. W: Reinecke MA, Clark DA, red. Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. Gdańsk: GWP; 2005, s. 259–287.
11. Ohman A. Strach i lęk z perspektywy ewolucyjnej, poznawczej i klinicznej. W: Lewis M, Haviland-Jones MJ, red. Psychologia emocji. Gdańsk: GWP; 2005, s. 719–744.
12. Garnefski N, Legestee J, Kraaij V, Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety; a comparison between adolescent and adults. *J. Adolesc.* 2002; 25: 603–611.
13. Martin CR, Dahlen RE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress and anger. *Person. Indiv. Diff.* 2005; 39: 1249–1260.
14. Doliński D. Emocje, poznanie i zachowanie. W: Strelau J, red. Psychologia, tom 2. Gdańsk: GWP; 2004, s. 369–394.
15. Bandura A. Teoria społecznego uczenia się. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.

16. Hanson KM, Mintz LB. Psychological health and problem-solving self-appraisal in older adults. *J. Couns. Psychol.* 1997; 44: 433–441.
17. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. *J. Person.* 2004; 72: 1301–1334.
18. Gross JJ, Richards JM, John OP. Emotion regulation in everyday life. W: Snyder DK, Simpson JA, Hughes JN, red. *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health.* Washington DC: American Psychological Association; 2006.
19. Pennebaker JW, Colder M, Sharp LK. Accelerating the coping process. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990; 58: 528–537.
20. Salters-Pedneault K, Steenkamp M, Litz BT. Suppression. W: Sloan D, Kring A, red. *Emotion regulation and psychopathology.* New York: Guilford; 2009, s. 137–156.
21. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J. Person. Soc. Psychol.* 1998; 74: 224–23.
22. Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *Q. J. Med.* 2005; 98: 323–329.
23. Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *J. Person.* 1994; 62 (4): 615–640.
24. Egloff B, Schmukle SC, Burns LR, Schwerdtfeger A. Spontaneous emotion regulation during evaluated speaking tasks: Associations with negative affect, anxiety expression, memory, and physiological responding. *Emotion* 2006; 6: 356–366.
25. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Curr. Dir. Psychol. Sc.* 2001; 10: 214–219.
26. Pedersen JJ, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Europ. J. Cardiovasc. Prev. Reh.* 2003; 10: 241–248.
27. Bonanno GA, Papa A, Lalande K, Westphal M, Coifman K. The importance of being flexible: The ability to enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychol. Sc.* 2004; 157: 482–487.
28. Carver ChS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J. Person. Soc. Psychol.* 1989; 56: 267–283.
29. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie — główne kontrowersje. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu.* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000, s. 12–42.
30. Terry DJ, Hynes GJ. Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses. *J. Person. Soc. Psychol.* 1998; 74: 1078–1092.
31. Gross JJ, Thompson RA. *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford; 2005.
32. Cheng C. Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings. *J. Person. Soc. Psychol.* 2001; 80(5): 814–833.
33. Duhachek A, Kelting K. Coping repertoire: integrating a new conceptualization of coping with transactional theory. *J. Cons. Psychol.* 2009; 19, 3: 473–485.
34. Chu V. *Psychoterapia Gestalt. Wykład podstawowy.* Łódź: Oficyna Wydawnicza KANON; 1993.
35. Lee-Baggle D, Preece M, DeLongis A. Coping with interpersonal stress: role of Big Five traits. *J. Person.* 2005; 73(5): 1141–1180.
36. Horney K. *Neurotyczna osobowość naszych czasów.* Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1993.
37. Marszał-Wiśniewska M. Poznawcze strategie regulacji emocji w trudnych sytuacjach życiowych; modyfikująca rola właściwości temperamentalnych i depresyjnych. *Przegl. Psychol.* 2006; 49: 323–340.

38. Watson D, Casillas A. Neurotyzm — właściwości adaptacyjne i nieadaptacyjne. W: Fajkowska M, Marszał-Wiśniewska M, Sędek G, red. Podpatrywanie myśli i uczuć. Gdańsk: GWP; 2006, s. 227–240.
39. Sills Ch, Fish S, Lapworth P. Pomoc psychologiczna w ujęciu Gestalt. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 1999.
40. Grzesiuk L, Zjawiska w psychoterapii. W: Grzesiuk L, red. Psychoterapia: szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Warszawa: PWN; 1994, s. 137–193.
41. Ginger S. Słowo stało się ciałem... a ciało stało się słowem. Gestalt 1997; 4: 3–9.
42. Houston G. Gestalt. Terapia krótkoterminowa. Gdańsk: GWP; 2006, s. 33–50.
43. Perls F. Cztery wykłady. W: Jankowski K, red. Psychologia w działaniu. Warszawa: Wyd. Czytelnik; 1981, s. 156–193.
44. Zinker J. Twórczy proces w terapii Gestalt. Warszawa: Jacek Santorski & co., Agencja Wydawnicza; 1991.
45. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2001.
46. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.

Adres: maciej.janowski@us.edu.pl